275

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1914 — N° .....

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION

A

l'Etude des Rechutes

dans la

Fièvre typhoïde

PAR

Maurice FUSELIER

NÉ A BOULZICOURT (ARDENNES) LE 19 JANVIER 1883

Président : M. le Professeur DEBOVE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e^)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantine	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0018vari_i4t8

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté de médecine

Professeur de clinique médicale

Médecin de l'hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

En le remerciant du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur DIEULAFOY

(*In memoriam*)

Monsieur le Docteur GUINARD

Chirurgien des hôpitaux

(*In memorian*)

Monsieur le Docteur LANDRIEUX

Médecin honoraire des hôpitaux

Monsieur le Docteur LEGENDRE

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Monsieur le Professeur Le DENTU

Chirurgien honoraire des hôpitaux

Monsieur le Professeur agrégé AUVRAY

Chirurgien de l'hôpital Broussais

Monsieur le Professeur agrégé MORESTIN

Chirurgien de l'hôpital Tenon

Monsieur le Professeur agrégé MAUCLAIRE

Chirurgien de l'hôpital de la Charité

Monsieur le Professeur BAR

Accoucheur de la clinique Tarnier

A Monsieur le Docteur LABADIE-LAGRAVE

Médecin des hôpitaux

A qui nous adressons l'expression de notre vive gratitude pour l'intérêt qu'il vous a toujours témoigné.

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

Les rechutes dans la fièvre typhoïde ont déjà fait l'objet de nombreux travaux, mais depuis 25 années environ la littérature médicale est relativement pauvre en contributions cliniques à l'étude de cette maladie et l'histoire des rechutes en particulier n'a été que rarement abordée.

Dans la première moitié du siècle dernier les auteurs publient quelques observations de rechute, mais c'est surtout de 1856 à 1886, que cette question a sollicité l'attention des cliniciens.

Barbrau en 1856 (1) publie 2 observations qu'il fait suivre de quelques commentaires, en particulier sur le peu de fréquence des rechutes, opinion basée sur la rareté des cas publiés.

Signalons ensuite les thèses de Bourgarel en 1857, de Loué en 1859, celle de Michel en 1864.

(1) Barbrau. — Des rechutes de la fièvre typhoïde. Gazette de hôpitaux 1856.

L'année 1868 constitue une date importante dans l'histoire des rechutes de la fièvre typhoïde, car après la publication du traité de Wunderlich sur la température dans les différentes maladies, l'étude clinique des rechutes va pouvoir être précisée à l'aide des constatations thermométriques.

Plusieurs travaux sont publiés ensuite dans lesquels les auteurs tendent à confondre les termes de rechute, de recrudescence et de récidive. C'est l'occasion d'une mémorable discussion à la Société médicale des hôpitaux en 1869 (1), qui a pour résultat la publication de l'important mémoire dans lequel Constantin Paul tend à préciser la définition de ces différents termes.

En 1878, paraît la traduction française de l'ouvrage de Ch. Murchinson publié en 1862 et contenant une statistique de 50 cas de rechute.

Cadet de Gassicourt consacre plusieurs pages de son traité des maladies de l'enfance à une discussion sur la pathogénie des rechutes.

En 1883, Hutinel consacre sa thèse d'agrégation à l'étude de la convalescence et des rechutes de la fièvre typhoïde et ce travail constitue une très importante mise au point du sujet.

Puis viennent les thèses de Meunier (1883), celles de Licht (1886), Devic (1886), Deumié (1887). Jaccoud pendant toute cette période consacre plusieurs leçons cliniques et plusieurs articles originaux à l'étude des rechutes.

(1) Bulletins et mémoires soc. méd. pop. Paris, 1869.

Les travaux sur la question deviennent ensuite de plus en plus rares. Quelques observations sont encore signalées, mais dans lesquelles la rechute n'est mentionnée qu'accessoirement.

Plus récemment, en 1912, Escallier (1) a consacré sa thèse à l'étude de la rechute de fièvre typhoïde et de l'allergie typhique. Mais cet auteur étudie spécialement les phénomènes d'allergie et les différentes modalités de la courbe thermique dans les rechutes.

Nous rapportons plus loin quelques observations de rechute que nous avons eu l'occasion d'observer et il nous a paru intéressant de consacrer notre thèse à l'étude clinique des rechutes de fièvre typhoïde, qui nous semble avoir été un peu délaissée dans ces dernières années. Nous n'avons pas la prétention de rénover la question, mais bien que nous n'apportions aucun fait nouveau, son étude nous a paru susceptible d'un certain degré de mise au point.

D'autre part les essais nombreux et récents d'application de la méthode vaccinothérapique semblent avoir modifié un peu la fréquence des rechutes et il nous a également semblé intéressant, à la lumière des précisions apportées dans ces dernières années, à nos connaissances sur l'infection éberthienne et l'immunité qu'elle confère, de refaire un essai pathogénique de la rechute.

Tels sont les divers points sur lesquels nous nous proposons d'attirer particulièrement l'attention.

(1) Escallier. — Rechute de fièvre typhoïde et allergie typhique. Paris 1912.

ETUDE CLINIQUE

Les termes de rechute, recrudescence et récidive on été longtemps confondus par les auteurs ; certains d'entre eux ont même essayé d'accréditer des termes nouveaux ou des synonymes, tels que : réversion (Michel. Jaccoud) (1), réitération, reprise.

Mais actuellement, et en particulier depuis la thèse d'Hutinel, dont les définitions sont restées classiques, la plupart des auteurs sont d'accord pour définir la rechute, la reproduction après l'établissement apparent de la convalescence de tout ou partie des symptômes qui ont caractérisé la première atteinte. Les auteurs insistent sur la nécessité pour qu'il y ait rechute de l'existence d'une période apyrétique intercalaire dont la durée et d'ailleurs très variable.

La recrudescence est caractérisée par l'aggrava-

(1) Michel. — Thèse Paris, 1864.

tion de la température et des symptômes typhoïdiques au cours de la période d'état ou pendant la défervescence, mais avant l'établissement de l'apyrexie caractéristique et par conséquent de la convalescence.

La récidive est une nouvelle fièvre typhoïde, survenant chez un individu totalement guéri depuis plusieurs mois.

Il est absolument capital de définir avec précision ces 3 termes, lorsqu'on veut entreprendre l'étude de la rechute de fièvre typhoïde.

La récidive constitue, à notre avis, une entité bien définie, parfaitement distincte de la rechute. Ses caractéristiques propres ne sont point tant, sa date d'apparition toujours variable et il est en particulier des rechutes tardives, que l'éclosion en pleine santé après une convalescence non seulement bien établie, mais ayant complètement évolué, de symptômes nouveaux d'infection éberthienne, à évolution normale et non point déformée comme le fait est fréquent dans la rechute et que sa pathogénie spéciale : infection ébertienne nouvelle, réinfection venue du dehors, chez un individu qui n'a pas acquis l'immunité.

Comme toujours en clinique, il n'est pas impossible qu'on puisse rencontrer des cas intermédiaires difficiles à étiqueter, soit de rechutes très tardives et graves, ou du moins bien caractérisées, simulant une récidive, soit de récidives précoces et d'allure bénigne. Mais il n'en reste pas moins vrai que dans

la majorité des cas rechute et récidive ont leur physyonomie clinique particulière qui ne peut leur être contestée et aussi leur pathogénie particulière, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

La distinction entre la rechute et la recrudescence nous semble par contre plus arbitraire et d'ailleurs il nous paraît résulter de nos recherches bibliographique que l'entente entre les auteurs sur la définition de la recrudescence a été plus longue à s'établir que sur celle de la rechute et de la récidive.

La distinction entre la rechute et la recrudescence est basée essentiellement sur l'existence ou la non existence d'une période d'apyrexie intercalaire, caractérisant l'établissement de la convalescence. Pour Hutinel il faut que la température ait oscillé matin et soir pendant 2 jours au moins au voisinage de 37° pour qu'il y ait rechute. Pour Jaccoud, Potain (1), Chantemesse (2) un seul jour d'apyrexie serait suffisant pour établir ce diagnostic.

Pour d'autres auteurs, en particulier Devic (3), on peut observer seulement avant la rechute une apyrexie relative, la température oscillant pendant quelques jours au voisinage de la normale. Escallier (4) admet la possibilité d'une apyrexie relative dans laquelle, la température vespérale dépasse 38° ; il admet également la possibilité d'une apy-

(1) Potan. — Leçon clinique in Journal de Méd. et de Chir. pratiques, janvier 1886.

(2) Chantemesse.— Art. fièvre typhoïde in Traité de Médecine, Charcot, Bouchard et Brissaud. Tome II.

(3) Devic. — Thèse Lyon 1886.

(4) Escallier, loco. citato.

rexie irrégulière, mais à la condition que cette apyrexie ait été précédée par une défervescence graduelle, régulière, de la courbe thermique.

On conçoit combien de telles définitions sont élastiques et aussi combien il devient difficile en certains cas de dire s'il y a eu rechute ou simplement recrudescence.

C'est que des 3 modalités de reprise du syndrome typhoïdique, la recrudescence nous semble la plus difficile à définir et aussi, il faut bien le dire, la moins nettement établie.

Nous ne voulons pas être accusé de contribuer à diminuer la clarté des faits acquis après de si nombreuses discussions et d'aussi longues confusions que celles dont on retrouve les échos dans la littérature et nous nous défendons à l'avance contre cette critique. Nous voulons seulement constater ici que si la distinction entre la récidive et la rechute est nettement établie, celle entre la recrudescence et la rechute l'est beaucoup moins.

Nous n'en restons pas moins d'accord avec les auteurs classiques pour penser que, tout aussi bien que ceux de rechute et de récidive, le terme de recrudescence doit être maintenu, et qu'il répond d'ailleurs à la réalité de certains faits cliniques. Mais la difficulté commence lorsqu'il s'agit de définir le terme et surtout d'en établir le cadre.

Comme conclusion à cette longue discussion, nous ajouterons que la définition de la rechute, que nous étudions, ne nous paraît pas pouvoir être don-

née de façon concise, et surtout qu'il n'existe pas de criterium permettant d'affirmer que l'on à faire à une rechute ou à une recrudescence.

La courbe thermique, en particulier, ne nous paraît pas pouvoir suffire à elle seule à permettre d'établir un diagnostic et la rechute ne peut être affirmée, croyons nous, qu'en présence de plusieurs symptômes réunis :

Défervescence thermique qui peut ne pas atteindre la normale ;

Atténuation marquée et progressive des symptômes typhoïdiques de la période d'état ;

Apparition de signes de convalescence : amélioration de l'état général ; langue rouge et humide ; pouls de fréquence normale ou parallèle à la température et bien frappé ; polyurie au moins relative ; retour de l'appétit.

Le terme de réversion qui pour certains auteurs est synonyme de rechute, pourrait peut être ainsi que d'autres (1) l'ont proposé, être réservé à cette forme spéciale de rechute qui n'est pas séparée de la première atteinte par une apyrexie bien caractérisée.

La rechute débute après une période intercalaire dont la durée est très variable, puisque suivant les différents auteurs, elle a pu varier d'un seul jour à plus d'un mois. Mais entre ces limites extrêmes, il est une durée moyenne aux environs de laquelle

(1) Bovier et Martin. — Gaz. des Hôpitaux, 1913, n° 22.

oscillent les cas les plus fréquents : cette durée est le plus souvent de quelques jours, entre 1 à 2 jours durée minima et 10 jours environs durée maxima.

Jaccoud disait qu'après 10 jours d'apyrexie la rechute n'était plus à craindre. La durée minima est très difficile à préciser puisque nous avons vu qu'il existe tout les types de passage possibles entre la recrudescence et la rechute, en passant par la réversion, si on l'admet comme type intermédiaire.

Devic et après lui d'autres auteurs, en particulier Escallier ont décrit divers types possibles de courbe thermique pendant la période d'apyrexie vraie ou relative qui précède la rechute.

Chantemesse rapporte l'existence possible de prodromes pendant cette période intercalaire, en réalité symptômes persistants de la première atteinte qui pourraient faire prévoir la rechute. Ce sont : l'açsence de la défervescence franche et la persistance d'une élévation thermique vespérale ; c'est là l'apyrexie relative exprimée sous une autre forme. Ce sont encore la fréquence du pouls, la splénomégalie, l'absence de la polyurie caractéristique, la céphalée. On a décrit également la persistance de troubles digestifs, en particulier de constipation avec état saburral de la langue.

En réalité tous ces symptômes peuvent exister ou non ; en un mot il peut ou bien y avoir ou ne pas exister un début de convalescence franche, mais il est bien difficile de prévoir la possibilité d'une rechute, puisqu'elle peut se manifester dans

des cas où la convalescence semblait déjà être définitivement établie.

La rechute est l'image en raccourci de la fièvre typhoïde normale. La courbe thermique sur l'étude de laquelle les auteurs ont particulièrement insisté, évolue en 3 stades : d'ascension, de plateau, de défervescence. La période d'ascension peut se présenter sous 3 modalités différentes :

a) Oscillations lentes et régulières comme dans la fièvre typhoïde normale.

b) Ascension rapide en 2 ou 3 échelons, la courbe atteignant son maximum en 48 ou 72 heures.

c) Ascension brusque de 37 à 40°.

Le 1er type est rare dans la rechute ; le 2e serait le plus fréquent ; le 3e enfin n'est pas rare et nous en rapportons un cas bien net dans nos observations. Ce début brusque a d'ailleurs été signalé dans la fièvre typhoïde normale (1), mais il y est tout à fait exceptionnel.

L'ascension thermique peut être accompagnée de frisson, surtout lorsqu'elle est brusque.

A sa période d'état, la rechute peut s'accompagner de tout ou partie des symptômes de la fièvre typhoïde normale. Mais il est rare que le tableau clinique soit aussi chargé : le plus habituellement un symptôme domine, la fièvre et quelques autres parmi lesquels les plus fréquents sont la cephalée,

(1) Moré. — Fièvre typhoïde à début brusque. Journal de Méd. et de Chir. pratiques, 10 avril 1913.

la splénomégalie, les taches rosées, quelques phénomènes intestinaux viennent s'ajouter à lui.

La température, de l'avis de tous les auteurs est le seul signe constant et dans tous les cas il garde parmi les autres une importance prépondérante.On peut observer à cette période le plateau avec petites oscillations de la typhoïde normale, mais c'est en général un plateau moins élevé et surtout beaucoup moins longtemps prolongé. L'irrégularité de la courbe à cette période est fréquente ; on observe parfois de grandes oscillations.

La céphalée est loin d'être constante. La splénomégalie serait beaucoup plus fréquente, mais nous estimons qu'après une infection aussi profonde de l'organisme que l'est celle à bacilles d'Eberth, la persistance de la splénomégalie ou même sa réapparition sous des causes minimes ne constitue pas un signe d'une valeur absolue.

Les taches rosées constituent un signe plus important. Inconstante dans la rechute, leur éruption est en général plus précoce et beaucoup moins abondante que lors de la première atteinte.

Les phénomènes intestinaux manquent souvent : même lorsque la température est élevée le ventre des malades peut rester complètement souple et le météorisme faire complètement défaut. La diarrhée manque dans plus de la moitié des cas de rechute. Le gargouillement et la douleur sont très inconstants.

Enfin l'état général est rarement très touché. On

peut voir le faciès rester bon, la langue humide, l'appétit même persister. Les phénomènes nerveux, l'insomnie, font le plus souvent défaut. L'état typhoïde est rarement bien caractérisé sauf dans les cas de rechute précoce et où celle-ci succède à une première atteinte grave et prolongée.

Les signes pulmonaires sont très inconstants. Chantemesse insiste sur la réapparition de la réaction diazoïque de l'urine qui est pour lui le signe le plus précoce est le plus sensible de la rechute.

La polyurie commençante de la convalescence ébauchée fait souvent place pendant la rechute à une oligurie de retour, qui perpétue pendant la rechute le parallélisme inverse si constant et si frappant des 2 courbes thermique et urinaire dans la fièvre typhoïde normale.

Parfois cependant, dans les rechutes bénignes et de courte durée, nous avons pu constater que la polyurie persistait pendant la rechute alors même que la température dépassait 39°.

Nous ne voulons pas insister plus longuement sur les symptômes de la rechute qui sont en général longuement décrits et analysés dans les auteurs qui traitent de la question.

La rechute est habituellement plus courte et moins grave que la première atteinte, sa durée moyenne est de 4 à 16 jours.

La défervescence thermique se fait le plus souvent par grandes oscillations descendantes qui en 3 jours au maximum et parfois moins, ramènent la

température à la normale. D'ailleurs le plateau est rarement soutenu dans la rechute et même lorsque la température atteint 40° les premiers jours, il est rare qu'elle s'y maintienne pendant toute la période d'état. La polyurie lorsqu'elle n'a pas persisté, réapparaît et la convalescence s'établit en général très rapidement.

La terminaison habituelle de la rechute est la guérison. Mais à côté de la forme bénigne que nous venons de décrire et qui est de beaucoup la plus fréquente, il existe une forme grave.

Cette forme grave de la rechute ne se caractérise par aucun symptôme spécial ; c'est le tableau d'une dothiénentérie normale à sa période d'état. Elle se différencie surtout de la forme bénigne non pas tant par l'abondance des symptômes (les taches en particulier peuvent manquer), mais par l'atteinte de l'état général, l'apparition du tuphos et aussi des signes intestinaux.

On a décrit des formes à prédominonce symptomatique particulière, qui peuvent même reproduire trait pour trait le tableau de la première atteinte. On peut rencontrer en particulier des formes thoraciques.

La terminaison de cette forme peut se faire par la guérison. Mais la mort survient assez fréquemment soit du simple fait de la cachexie typhique, fréquente chez un malade qui a subi 2 atteintes successives, soit du fait des complications habituelles de la dothiénenterie : hémorragie, perforation, affections broncho-pulmonaires, myocardite, etc.

On a décrit des formes multiples de la rechute, dont l'intérêt est surtout pathogénique, tendant à démontrer la lenteur du processus d'immunité.

Wunderlich et Griesinger ont décrit des rechutes doubles ; Tuckwell, Bucquoy, Jaccoud, Irvène, des rechutes triples ; Hallopeau a rapporté un cas de rechute quadruple ; Jaccoud un cas de rechute quintuple et Comby un cas de rechute sextuple chez l'enfant.

Chantemesse a publié (1) un cas de rechutes subnitrantes ayant porté à 5 mois la durée totale de la maladie.

Hutinel signale la possibilité de rechutes compliquées d'une recrudescence.

Nous rapportons plus loin un cas personnel dans lequel il n'y a pas eu moins de 3 rechutes subintrantes.

(1) Chantemesse. Société médicale des hôpitaux de Paris. Juillet 1890.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La fréquence absolue des rechutes est assez diversement appréciée par les auteurs La plupart des classiques donnent des chiffres qui varient entre 3 et 10 pour cent.

Cette fréquence est variable suivant un certain coeficient personnel, certains auteurs ayant tendance à considérer comme rechute des crises fébriles passagères qui surviennent chez les convalescents. Elle est très variable aussi suivant les épidémies, fait établi depuis longtemps par les statistiques. Elle a été particulièrement grande pendant l'épidémie parisienne de 1882 et aussi pendant celle de 1911.

Il est logique dans l'établissement du pourcentage des cas de rechute de défalquer les décès survenus au cours d'une première atteinte, puisque dans ces cas l'infection eberthienne n'a pas complètement évolué. Sur 54 observations de fièvre typhoïde re-

cueillies dans ces derniers mois à l'hôpital du Bastion 29 et que nous avons pu parcourir, nous n'avons pas relevé moins de 11 cas de rechute, ce qui donne une fréquence absolue de 20 o/o, les cas de décès étant défalqués. Ces chiffres sont donc sensiblement plus élevés que ceux donnés par les classiques ; mais plus de la moitié des malades atteints de rechute étaient des enfants.

Quelques auteurs ont signalés la fréquence plus grande des rechutes en Allemagne et en Suisse (Hutinel) ; sa fréquence semblerait égale en Angleterre.

Toutes ces variations n'ont pas une valeur absolue et peuvent tenir aux causes que nous avons signalées.

On a cherché également à établir un rapport entre la fréquence des rechutes et les caractères de la première atteinte. La plupart des auteurs signalent une plus grande fréquence des rechutes dans les formes bénignes de la fièvre typhoïde ; il s'agirait le plus souvent de formes de moyenne intensité, sans prédominance symptômatique, de durée ordinairement courte, quelquefois abortives. Il existe un parallélisme étroit entre la bénignité de la fièvre typhoïde chez l'enfant et la fréquence des rechutes à cet âge.

Il nous a semblé que de l'observation de quelcas qui se sont présentés à nous, on pouvait induire que la recrudescence au contraire surviendrait surtout dans les formes sinon graves, du moins sévè-

res, mais serait tout à fait exceptionnelle dans les formes bénignes.

Mais il faut bien reconnaître, en dernière analyse que les caractères de la première atteinte ne peuvent permettre de présager la rechute, et que nulle forme n'en semble à l'abri.

On a cherché à préciser également l'influence de l'âge ; certains auteurs ne lui en reconnaissent aucune ; pour d'autres Ziwer (1) Hutinel (2), les rechutes sont particulièrement fréquentes dans l'enfance et pour Comby en particulier cette fréquence pourrait atteindre 30 o/o.

Maignou (3) dans une étude sur la fièvre typhoïde du nourrisson ne signale même pas la possibilité de rechutes.

Enfin Bensaude et Rivet (4) dans leur étude sur le paratyphus, évaluent à 10 o/o la fréquence des rechutes.

Nous nous sommes demandé si l'application des différentes méthodes vaccinothérapiques avait paru modifier la fréquence des rechutes dans la fièvre typhoïde. Beaucoup des auteurs qui ont publié des statistiques sont muets sur cette quetion : cependant il semble résulter d'une étude d'ensemble de différentes statistiques sur les résultats de la vaccinothérapie que dans les cas où cette méthode a

(1) Ziwer. Thèse Paris 1892.

(2) Hutinel. — Les maladies des enfants, tome I. art. fièvre typhoïde.

(3) Maignou, Thèse Paris, 1913.

(4) Bensaude et Rivet. — Gazette des Hôpitaux, 1904, n° 92 et 94.

été employée la fréquence des rechutes a notablement diminué. (1).

On a invoqué pour expliquer l'apparition des rechutes le rôle de causes adjuvantes diverses : alimentation trop précoce, lever trop hâtif des malades, fatigue, refroidissement ; on a accusé également la méthode balnéothérapique de provoquer la fréquence des rechutes. Valin a montré que la balnéothérapie usitée surtout en Allemagne augmentait le pourcentage des rechutes en diminuant le nombre des décès. Pour ce qui est des autres causes, la majorité des auteurs admet qu'elles ne peuvent jouer qu'un rôle tout à fait secondaire, accessoire et qu'il faut chercher ailleurs la cause profonde et vraie de la rechute.

On a d'abord cherché dans les constatations anatomo-pathologiques un substratum permettant d'étayer une conception pathogénique. Tandis que la plupart des auteurs français et étrangers admettent l'existence au cours de la rechute d'une poussée intestinale nouvelle déterminant à coté des ulcérations cicatrisées ou en voie de cicatrisation des infiltrations et des ulcérations portant sur des plaques et des follicules non atteints dans le 1er acte de la maladie, Cornil au contraire s'appuyant sur un cas de rechute terminé par la mort et dans lequel il n'existait à l'autopsie que des phenomènes de catarrhe intestinal, soutenait en 1872 que l'entérocolite

(1) Netter. — Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1913, n° 26, p. 136.

était la lésion anatomique de la rechute. Mais la 1re opinion a pour elle la majorité des faits. Hutinel admet cependant que la reproduction des lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde est inconstante.

La pathogénie de la rechute a été diversement interprêtée. Griesinger invoquait une infection typhoïdique nouvelle, en particulier une contagion produite dans la salle. Hamernyk et Macaglan disaient qu'il y avait inoculation des plaques et follicules sains, par des produits de sécrétion des plaques et follicules ulcérés. Jaccoud invoquait une modalité particulière de l'infection évoluant en 2 ou plusieurs étapes suivant le nombre des rechutes ; cet auteur établissait un parallèlisme entre les fièvres récurrentes où la réapparition des symptômes est un phénomène constant et la fièvre typhoïde où il est exceptionnel. Mais les parasitologues admettent aujourd'hui que dans les spirochétoses les accès febriques et les intervalles apyrétiques qui les séparent correspondent à des stades différents du cycle évolutif bien défini du parasite.

Il n'y a donc là rien de commun avec ce qui se passe dans la fièvre typhoïde.

Il est beaucoup plus logique d'admettre, avec Chantemesse en particulier, que lorsque la convalescence s'établit chez un typhique, le malade n'a pas encore acquis l'immunité ; après le stade d'infection sanguine généralisée, les germes persistent dans certains organes au niveau desquels semble

s'être constituée une sorte d'immunité locale. Si les germes d'un de ces foyers sous l'influence d'une cause quelconque repénètrent dans la circulation, il y a autoréinfection se traduisant par une nouvelle septicémie éberthienne qui est la rechute.

La survie du bacile d'Eberth dans l'organisme qui est la base de cette conception est attestée par de nombreux faits, présence du bacile d'Eberth dans des foyers d'ostéo-périostite ou dans le pus d'angiocholecystites, de longs mois après la guérison de la dothiénentérie.

La doctrine de l'allergie typhique défendue par Escallier dans sa thèse, est vraie si l'on entend par allergie, l'ensemble des réactions modifiées, qui caractérisent l'allure clinique de l'infection éberthienne lors d'une 2e atteinte. L'anaphylaxie typhique, étudiée par Delanoë (1) expérimentalement, serait exceptionnelle chez l'homme.

(1) Delanoë. Anaphylaxie typhique. Montpellier médical, 1909.

DIAGNOSTIC

Lorsque chez un malade convalescent de dothiénentérie on voit quelques jours après la fin de la défervescence, la température monter à nouveau, osciller aux environs de 39° ou 40, en même temps que se reproduisent quelques-uns des signes de la période d'état, le diagnostic de rechute n'est pas difficile.

Lorsque le début est marqué par une ascension thermique à 40° d'emblée, on pense plutôt à une complication (angine, affections pleuro-pulmonaires, cholecystite, etc.) qu'à une rechute. Et ce n'est qu'après un examen clinique complet, toutes les autres causes d'élévation thermique étant éliminées qu'on pense à la rechute. Bien qu'il ne soit pas fréquent, ce début brusque est cependant classique et a été depuis longtemps signalé par les auteurs.

La rechute devra être distinguée de la recrudescence qui s'en distingue par l'absence d'une défer-

vescence vraie entre les 2 courbes thermiques. Il faudra également éliminer les défervescences thermiques accidentelles qui peuvent survenir au cours de la période d'état d'une dothiénentérie et sont suivies d'une réascension thermique plus ou moins rapide. Ces défervescences accidentelles peuvent être dues à l'emploi des anti-thermiques, à une hémorragie intestinale insoupçonnée. Enfin il faut se garder de prendre pour une défervescence suivie d'une rechute, le stade amphibole qui survient surtout dans les formes graves et prolongées de la dothiénentérie et peut précéder de quelques jours la défervescence vraie.

A la période d'état la rechute devra être différenciée des crises fébriles de la convalescence si fréquente chez les dothiénentériques et sur lesquels plusieurs auteurs ont insisté, en particulier Chantemesse et Bouveret (1). Dès 1864, Michel écrivait (2) : « il est souvent difficile de distinguer et d'apprécier les mouvements fébriles, sans cause connue, qui surviennent fréquemment dans la convalescence de la fièvre typhoïde. »

Ces crises fébriles sont ordinairement de courte durée ; la température ne s'élève guère au-delà de 38°5 le plus souvent, cependant on peut observer des ascensions passagères, en clocher, qui atteignent 40° ; enfin et surtout il est rare que la courbe pré-

(1) Bouveret. — Lyon Médical, 1892.

(2) Michel. — Loc. cit.

sente les stades classiques, d'ascension, de plateau et de défervescence ; on a plutôt affaire à une ligne ondulante. Ces crises s'accompagnent souvent d'une parfaite intégrité de l'état général, sans diarrhée, ni taches rosées.

Ces crises surviennent sous l'influence de causes minimes : constipation en particulier ; la fatigue, le froid suffiraient à les provoquer ; de même l'alimentation et en particulier la reprise de l'alimentation carnée. Il faut en effet rapprocher de ces crises fébriles de la convalescence la febris carnis, fièvre d'alimentation des anciens auteurs.

On peut voir également survenir chez les convalescents de fièvre typhoïde des phénomènes d'entérite avec mouvement fébrile ; le fait est loin d'être rare.

La fièvre de Malte pourrait également faire croire à une rechute. Mais, dans cette affection, la courbe de la température est bien caractéristique lorsqu'on l'observe pendant assez longtemps. Les recrudescences de la maladie sont marquées par des ondulations lentes de la courbe thermique, mais de durée à peu près égale et formées d'oscillations très petites et régulières. La courbe de la rechute de fièvre typhoïde n'a que bien rarement une physionomie analogue.

Enfin, dans la fièvre de Malte, le diagnostic est facilité par la recherche des notions étiologiques et des quelques symptômes spéciaux à la maladie : arthralgies, sueurs abondantes, etc. Dans las cas

douteux, la culture du micrococcus melittensis permettrait d'affirmer le diagnostic.

Enfin on peut voir survenir, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, une ascension thermique plus ou moins brutale, traduisant l'apparition d'une affection intercurrente : tuberculose, paludisme. L'examen complet du malade et les méthodes de laboratoire permettront, dans ce cas, de faire le diagnostic.

Dans la rechute de fièvre typhoïde, d'ailleurs, les présomptions cliniques pourront s'étayer sur une preuve bactériologique, lorsque l'hémoculture sera positive.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de la rechute est le plus souvent bénin, en particulier chez l'enfant. La guérison est la règle ; cependant la mort est possible et nous avons signalé la possibilité de rechutes graves pouvant se terminer par l'une des complications habituelles de la fièvre typhoïde.

La rechute serait particulièrement bénigne lorsqu'elle débute par une ascension brusque de la température, celle-ci mode de réaction exceptionnel dans l'infection éberthienne, pouvant être considérée comme un phénomène d'allergie ; mais c'est là une vue peut-être un peu trop théorique.

La persistance de la polyurie au cours de la rechute serait également d'un très bon pronostic.

Enfin, la résistance du sujet nous semble constituer le facteur le plus important chez un individu déjà débilité par une infection antérieure. D'ailleurs le diagnostic du pronostic ne peut être tiré d'un

seul symptôme et doit être basé sur les principaux signes habituels du pronostic : langue, pouls, etc.

Le traitement de la rechute n'a pas d'indications spéciales ; c'est celui de la dothiénentérie. La balnéation n'est pas indispensable dans les formes bénignes, dans lesquelles la température n'est souvent ni très élevée, ni très soutenue. Le traitement hygiénique, les petits soins, constitueront toujours une partie très importante de la thérapeutique.

P. Emile Weil (1) estime qu'en présence d'une rechute chez un malade non traité par la vaccinothérapie lors de la 1re atteinte, cette méthode thérapeutique devra être employée, mais avec une extrême prudence. Cet auteur a dans un cas analogne, chez l'enfant, observé une réaction thermique violente avec phénomènes de collapsus cardiaque.

Enfin Netter (2) a publié chez des malades traités par la vaccinothérapie, des observations de rechutes également traitées par la vaccinothérapie ; mais il ne semble pas, dans ces cas, avoir obtenu de résultats sensibles.

(1) P.-Emile Weil. — Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Monde Médical, 1913, n° 53.

(2) Netter.— Loc. cit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Z..., Jean-Pierre, âgé de 11 ans, entre à l'hôpital le 24 janvier 1914.

Il est malade depuis une semaine environ ; la température reste en plateau, aux environs de 40°, avec quelques oscillations. Le tableau clinique est celui d'une dothiénentérie normale avec céphalée, diarrhée modérée, quelques taches rosées, splénomégalie. Albuminurie légère. L'hémoculture est positive le quatrième jour après son entrée. Balnéothérapie.

La maladie évolue sans particularités remarquables. Le quartorzième jour de son séjour à l'hôpital, la courbe thermique commence à osciller de façon rssez irrégulière. Le dixseptième jour, elle est à 38°4 le soir ; la courbe des urines commence à monter légèrement.

Du dixseptième au vingt-unième jour, la température oscille entre 37 et 38°. Le malade urine 1500 et même

2.000 cmc. La convalescence semble s'affirmer ; l'état général est bon ; la langue rose et humide. Les taches ont disparu et le malade demande à manger. Cependant le pouls reste aux environs de 90.

Les jours suivants, la température remonte progressivement ; le vingt-huitième jour au soir, elle atteint 40°9. La courbe des urines qui avait atteint 2500 cmc, redescend à 1000 et même 500 cmc les jours suivants. L'état général redevient mauvais ; le faciès est souffreteux ; la diarrhée et la céphalée reparaissent. On note même des symptômes méningés : position au chien de fusil ; signe de Kerning ; cri plaintif permanent. Ces symptômes persistent pendant une semaine. Puis, pendant une semaine encore la température oscille entre 38°5 et 39°5 ; les symptômes méningés disparaissent, l'état général s'améliore ; la polyurie reparaît. Le malade fait un abcès chaud périanal qui retarde encore de quelques jours l'établissement de la convalescence ; après évacuation de l'abcès, celle-ci s'établit définitivement.

En résumé, fièvre typhoïde d'intensité moyenne ; forme normale. Rechute le vingt-unième jour qui suit l'entrée après une période de quatre jours pendant laquelle bien que l'apyrexie ne soit pas absolue, la convalescence semble s'affirmer ; rechute grave avec symptômes méningés, d'une durée de plus de quinze jours : guérison définitive.

OBSERVATION II

G..., Théophile, âgé de 32 ans, entre à l'hôpital le 21 octobre 1913. N'est malade que depuis quelques jours. Céphalée légère ; a eu des épistaxis. La température est 38°3. Etat général bon.

Les jours suivants, la température monte progressivement à 40°. Elle oscille pendant quatre jours entre 39° et 40°. Prostration légère ; langue suburrale, rouge aux bords ; pas de diarrhée ; quelques taches douteuses. Rate perceptible. L'hémoculture est positive le septième jour après son entrée.

Du huitième au dixième jour, la température oscille aux environ de 38°. Le onzième jour, elle atteint le soir 37°7 ; le douzième, 37°5 et le treizième, 37°4. La convalescence s'établit ; le malade urine deux litres et plus ; l'état général est parfait

Le quatorzième jour la température atteint le soir 38° ; le lendemain elle est à 39°6 ; pendant 9 jours, elle oscille entre 39 et 39°5 ; céphalée les premiers jours ; un peu de prostration ; accélération légère du pouls et pas d'autre symptôme La polyurie même persiste. Cependant, il ne nous semble pas qu'il puisse s'agir ici d'autre chose que d'une rechute ; aucune manifestation thoracique, ni abdominale ; aucune angine ne permet chez ce malade d'expliquer cette ascension thermique qui persiste en plateau pendant plus d'une semaine au-dessus de 39°.

La température tombe ensuite progressivement en 5 jours ; convalescence rapide.

En résumé, fièvre typhoïde légère. Rechute bénigne après 3 jours d'apyrexie relative.

OBSERVATION III

Madame G., âgée de 34 ans, entre à l'hôpital le 2 mars 1914.

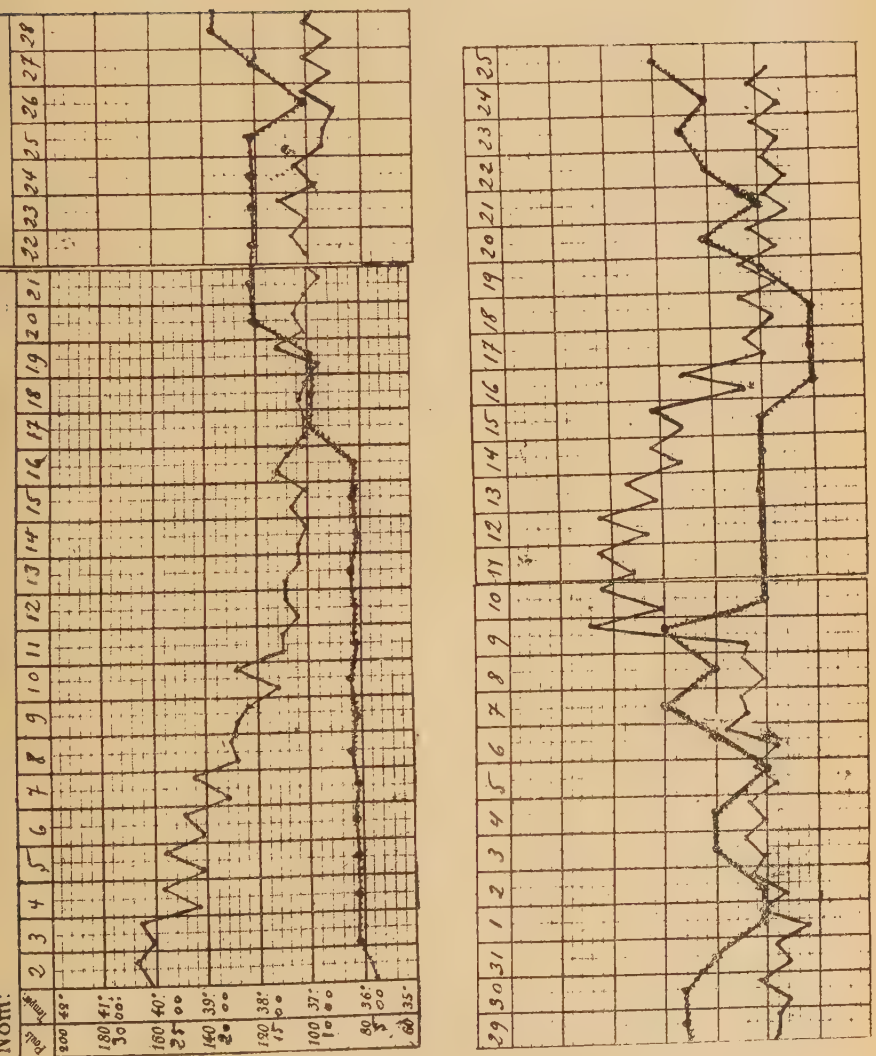
Température à 40·2. Céphalée ; insomnie ; rachialgie ; la malade a eu quelques épistaxis. Elle est alitée depuis une semaine environ. Prostration légère ; absence à peu près complète de symptômes abdominaux : pas de taches rosées nettes ; ventre parfaitement souple ; splénomégalie légère ; pas de diarrhée. Le séro-diagnostic est positif le deuxième jour après l'entrée.

Dès le troisième jour, la température descend progressivement, en lysis, en même temps que l'état général s'améliore rapidement. Dès la deuxième semaine la température vespérale n'atteint plus 38· et la convalescence s'établit. La polyurie est retardée quelque temps et n'apparaît qu'au cours de la troisième semaine.

Pendant la convalescence apparition d'une parotidite d'abord gauche, puis bilatérale avec troubles fonctionnels locaux, mais sans élévation thermique. La douleur, la tuméfaction rétromaxillaire et la gêne de la mastication persistent pendant 8 à 10 jours et tout rentre dans l'ordre.

La malade est sur le point de quitter l'hôpital, lorsque le vingt quatrième après l'établissement de l'apyrexie absolue, en pleine santé apparente, la malade est prise brusquement de frissons légers et répétés, la température qui était le matin à 37·5, s'élève le soir à 40·4, en même temps que la courbe urinaire descend de 2 litres à 1 litre. Céphalée assez intense ; insomnie légère et pas d'autre symptôme.

OBSERVATION III



La température oscille pendant 5 jours aux environs de 40° ; absence de phénomènes intestinaux, de taches, de météorisme ; aucun phénomène pulmonaire ou hépatique, pas d'angine ; puis défervescence en 4 jours ; la polyurie reparaît et la convalescence définitive s'établit rapidement.

En résumé : fièvre typhoïde bénigne, sans autre incident qu'une parotidite double pendant la convalescence. Rechute bénigne, mais à début brusque, après le vingt-quatrième jour d'apyrexie.

OBSERVATION IV

A. Georges, 10 ans 1/2, employé, entre à l'hôpital le 10 février 1914.

Début le 4 par sensation de fatigue, perte de l'appétit, insomnie. A son entrée, la température oscille aux environs de 40°. Abdomen tendu, non douloureux ; légers gargouillements dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées : lassitude générale, mais absence d'état typhoïde. Langue saburrale, dépouillée à la pointe, reste humide. Diarrhée modérée, jaune ocre, très fétide, puis verdâtre les jours suivants. Albuminurie légère. Splénomégalie. Sérodiagnostic positif.

Le troisième jour après son entrée, le malade reçoit une injection sous-cutanée de 3/4 de centimètre cube de vaccin de Vincent. Cette injection est parfaitement supportée et le malade ne présente aucune réaction.

Le 4e jour, la température qui était la veille de 40°2 le soir, tombe le matin à 39°6 et le soir à 38°9.

Le 5e jour l'état du malade est sensiblement le même ; tableau d'une dothiénentérie de moyenne intensité ; température : 39° 4 le matin, 40°4 le soir. Le malade reçoit une 2e injection de 1 cmc de vaccin de Vincent.

Le 6e jour la température vespérale atteint encore 40°3. Mais dès le jour suivant la température ne dépasse plus 40° ; les phénomènes intestinaux s'amendent. A part quelques oscillations irrégulières, la courbe thermique subit dès ce moment dans son ensemble une défervescence régulière mais lente, oscillant pendant 10 jours aux environs de 39°.

Après le 18e jour qui suit l'entrée, la température ne dépasse plus 39°, en même temps que la polyurie de la convalescence s'établit peu à peu : le malade urine maintenant 2 litres au lieu de 1 les semaines précédentes.

L'état général s'améliore de plus en plus ; au 30e jour la température est à 37°. Le malade urine 3 litres et la convalescence semble établie. La température oscille pendant 5 jours entre 37° et 37°5. Les 31e et 32e jour elle est même à 37° 1 et 37°.

Puis en 48 heures, la température atteint 39° et s'y maintient pendant une semaine environ avec de légères oscillations. La courbe urinaire se maintient entre 3 litres et 3 litres 500. La diarrhée reparaît ; le malade est abattu ; on ne note pas la présence de taches. La splénomégalie reparaît. Le 23 mars l'hémoculture est positive.

Après une semaine les symptômes de rechute s'estompent rapidement. En 4 jours la température retombe à 37° et la convalescence s'établit définitivement.

En résumé, fièvre typhoïde de moyenne intensité, traitée par 2 injections de vaccin de Vincent ; rechute bénigne ayant duré 13 jours, après une phase d'apyrexie relative pendant 5 jours et absolue pendant 2 jours.

OBSERVATION V

J. Victorine, 12 ans, entre à l'hôpital le 20 octobre 1913.

Température : 39°9. L'enfant est malade depuis une semaine environ ; céphalée, langue saburrale, pas de diarrhée, pas d'épistaxis, splénomégalie légère.

Le 2e jour, température 40°. Dès les jours suivants, la température ne dépasse plus 39°5 le soir. L'état général reste bon ; la malade est seulement légèrement abattue. Pas de diarrhée, pas de météorisme. Quelques taches rosées. Splenomégalie légère. Hémoculture positive.

Après le 8e jour, la température ne dépasse pas 39°. Puis défervescence en 6 jours par grandes oscillations de plus d'un degré. Les 15e et 16e jours la température vespérale est à 37°4. Le 17e jour, elle est à 37°1. La courbe urinaire est passée de 500 gr. à 1 litre ; la convalescence semble s'ébaucher.

En 3 jours, la température atteint 40°2 et se maintient à ce niveau. Le pouls subit une évolution parallèle. Céphalie ; insomnie. Diarrhée modérée avec météorisme abdominal ; réappartion de taches rosées.

Les jours suivants la température oscille entre 40° et 40°5 en même temps que les symptômes ci-dessus persistent et que la courbe urinaire retombe à 500 cm. 3.

Le huitième jour de la rechute, la courbe thermique subit un fléchissement marqué et redescend aux environs de 39° ; pendant 4 jours encore elle oscille entre 39° et 40° ; l'état général s'améliore et les symptômes abdominaux s'amendent légèrement.

Puis défervescence en 4 jours et convalescence rapide.

En résumé, fièvre typhoïde bénigne ; rechute sérieuse avec symptômes abdominaux plus marqués et état général plus touché que dans la 1re atteinte.

OBSERVATION VI

J. Cécile, 14 ans, entre à l'hôpital le 21 novembre 1913.

La température est à 40° et s'y maintiendra pendant 12 jours, avec des rémissions matinales de 1 degré environ. Le début de la maladie est difficile à préciser : les renseignements manquent ; il semble bien cependant que la malade soit entrée au début de la période d'état.

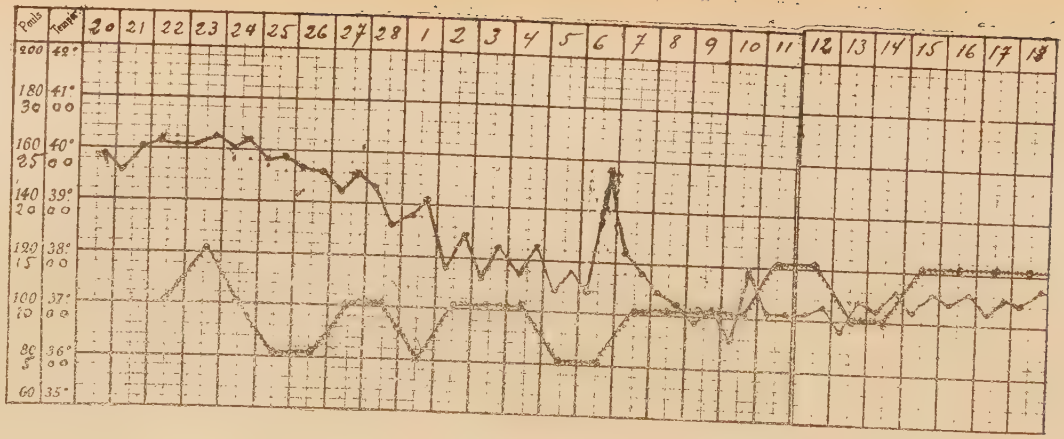
Diarrhée modérée ; éruption de taches rosées assez abondantes ; ventre souple non ballonné ; splénomégalie légère. Râles de bronchite assez abondants disséminés dans les 2 poumons, mais prédominant aux bases. Etat général peu touché. L'hémoculture est positive le 9me jour après l'entrée.

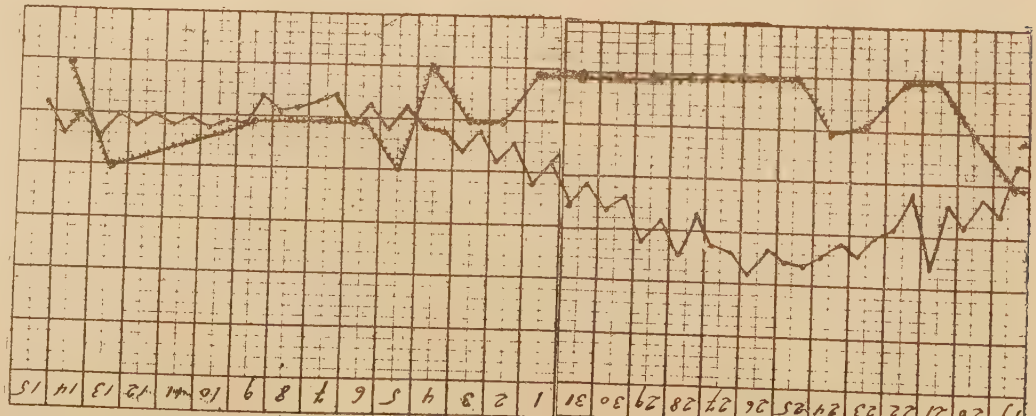
Après le douzième jour commence la défervescence thermique qui se fait très lentement d'abord, par très grandes oscillations de 1 degré 5 environ, puis plus rapidement. Le 25e jour, la température est à la normale. L'état général est bon ; la langue humide ; la diarrhée, la splénomégalie et les taches rosées ont disparu.

Après 5 jours d'apyrexie, alors que la polyurie tend à s'établir (la courbe des urines est passée de 500 gr., à 1000, puis à 1500 gr.), la température monte en 48 heures à 39°2 ; le pouls s'accélère, la polyurie disparaît et fait place à une oligurie relative (500 gr. à 1 litre).

La température reste en plateau aux environs de 39°

Nom


Pouls
Temper
20 21 22 23 24 25 26 27 28 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
200 42°
180 41°
160 40°
140 39°
120 38°
100 37°
80 36°
60 35°



avec quelques irrégularités pendant 7 jours. L'état général reste bon, malgré un léger abattement ; pas de diarrhée, pas de taches ; quelques symptômes de bronchite reparaissent ; splenomégalie légère.

La défervescence se fait graduellement en 9 jours et la convalescence s'établit.

En résumé : fièvre typhoïde d'intensité moyenne avec prédominance des signes pulmonaires ; après 5 jours d'apyrexie, rechute bénigne, d'une durée de 18 jours.

OBSERVATION VII

R. Rachel, âgée de 10 ans, entre à l'hopital le 20 février 1914.

La température est à 40° ; la malade garde le lit depuis plusieurs jours. Céphalée ; diarrhée modérée ; taches rosées discrètes ; séro-diagnostic positif dès l'entrée.

La température se maintient pendant une semaine environ autour de 40°. Protration légère ; signes de bronchite généralisée ; langue légèrement rôtie à la pointe. Puis défervescence assez rapide en 10 jours environ, avec élévation passagère à 40° vers le 8e jour.

Apyrexie a peu près absolue pendant 5 à 6 jours avec polyurie relative et bon état général. Puis ascension lente, et rechute sans autres signes qu'un peu de céphalée, évoluant en trois stades caractéristiques, d'une durée moyenne de 5 à six jours chacun.

Convalescence définitive et guérison.

OBSERVATION VIII

B. Blanche, 26 ans, entre à l'hôpital le 24 mars 1913.

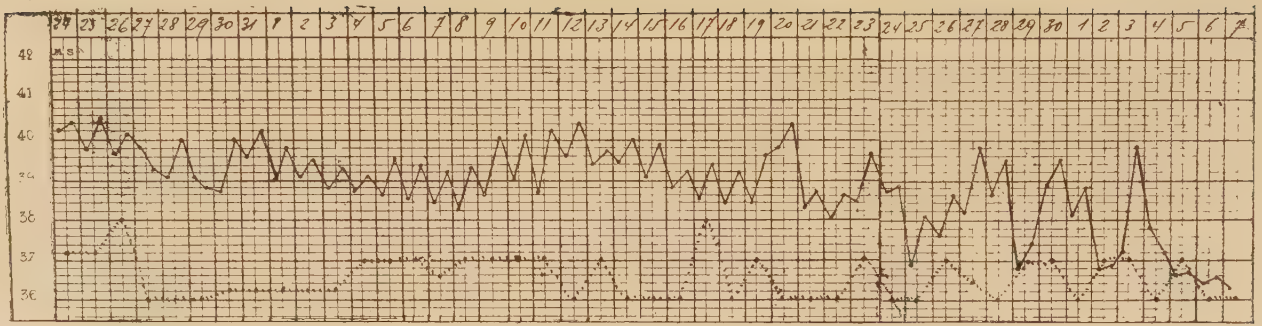
La malade est alitée depuis une semaine environ. Température à 40°, état typhoïde, diarrhée abondante ; taches rosées. La température se maintient pendant 3 semaines aux environs de 40° avec deux ébauches de défervescence, le 7e jour et du 12e au 15e jour. Pendant toute cette période l'état général reste grave ; la diarrhée persiste abondante et fétide ; la langue est sèche, rôtie ; la malade a du délire.

Le trente-deuxième jours, après quelques oscillations, la température tombe à 37°. L'état général s'esta mélioré depuis quelques jours : le tuphos a disparu ; la diarrhée également. Puis alors qu'on espère assister à l'établissement de la convalescence, réascension de la température à 39°8 en 3 jours ; plateau pendant 2 jours, puis défervescence à 37°.

Le jour suivant nouvelle réascension qui dure 2 jours ; puis retour à la normale ; enfin une troisième fois après 1 jour d'apyrexie ascension brusque à 39°8 et dès le lendemain retour à la normale, qui sera désormais définitif.

Pendant toute cette période, l'état général est resté satisfaisant ; la diarrhée n'a pas reparu et enfin la courbe urinaire, sans s'élever notablement semble avoir subi des oscillations inverses à celles présentées par la courbe thermique.

OBSERVATION VIII



Cette malade semble donc avoir fait immédiatement après sa défervescence, 3 rechutes successives, séparées chacune par un seul jour d'apyrexie; et d'une durée progressivement décroissante.

Nous croyons inutile de multiplier le nombre de ces observations, dont nous avons seulement voulu rapporter quelques-unes parmi les plus typiques, ou parmi celles qui nous ont semblé présenter quelques particularités intéressantes

CONCLUSIONS

I. Les rechutes de la fièvre typhoïde ont été surtout étudiées dans la 2e moitié du siècle précédent.

D'abord confondues avec les récidives et surtout les recrudescences, elles en ont été isolées surtout à la suite des travaux de Constantin Paul en 1869 et d'Hutinel en 1883.

II. La rechute est caractérisée par la réapparition de tout ou partie des symptômes de la période d'état et spécialement de la température qui est le seul signe constant, après un début franc de convalescence, caractérisé par une apyrexie absolue ou non, d'une durée variable, mais de quelques jours en moyenne, et par l'apparition de la polyurie, avec retour de l'appétit et d'un bon état général.

La récidive est une nouvelle fièvre typhoïde survenant après la guérison complète du malade, à une époque variable mais qui ne peut pas être inférieure

à plusieurs mois, et est due à une réinfection éberthienne chez un individu qui n'a pas acquis l'immunité.

La recrudescence est caractérisée par l'aggravation des symptômes typhoïdiques, après une défervescence relative sans apyrexie absolue. C'est là une distinction un peu arbitraire.

III. La rechute, image en raccourci de la fièvre typhoïde normale, évolue en 3 périodes : d'ascension, de plateau, de défervescence.

La période d'ascension peut se traduire par 3 modalités différentes de la courbe thermique qui sont par ordre de fréquence décroissante :

1° L'ascension rapide en 2 ou 3 échelons se faisant en 48 ou 72 heures.

2° L'ascension brusque en quelques heures.

3° L'ascension lente et progressive qui est le type classique de la fièvre typhoïde normale.

La période de plateau est souvent marquée par des oscillations plus ou moins irrégulières.

Les symptômes les plus constants après la température, sont la splénomégalie, le retour des taches rosées dont l'éruption est plus précoce mais moins abondante, la céphalée, les symptômes intestinaux (diarrhée, météorisme), la disparition de la polyurie. L'état général est rarement très touché.

La défervescence est en général plus rapide que lors de la première atteinte.

IV. La rechute est généralement bénigne et de

courte durée. Elle serait particulièrement bénigne chez l'enfant.

Il existe cependant une forme grave, plus rare, dans laquelle la mort peut survenir soit du simple fait de l'infection elle-même, soit par complications.

Il existe des formes à rechutes répétées.

On a même signalé la possibilité de rechutes compliquées de recrudescence.

V. — La fréquence des rechutes oscille entre 3 et 10 pour 100. Elle est plus grande chez l'enfant et dans certaines épidémies.

Elle serait plus fréquente dans les formes bénignes, mais nulle forme n'en est à l'abri.

Sa fréquence serait à peu près égale dans les infections paratyphoïdes.

Enfin elle aurait diminué depuis l'application des méthodes vaccinothérapiques.

VI. — La rechute est dûe à une autoréinfection éberthienne chez un individu qui n'a pu encore acquérir l'immunité et qui dans certains cas semblerait même sensibilisé : c'est la doctrine de l'allergie typhique.

On a invoqué le rôle de causes adjuvantes qui n'est d'ailleurs pas démontré.

VII. - Le diagnostic repose sur la constatation d'une courbe thermique évoluant en trois phases et que rien ne peut expliquer en dehors de l'hypo-

thèse d'une rechute, hypothèse qui peut être confirmée par l'hémoculture.

Le diagnostic de la rechute est à faire avec la recrudescence et avec les défervescences accidentelles qui peuvent survenir au cours de la période d'état.

Il est à faire également avec les crises fébriles de la convalescence, avec les complications pulmonaires, hépatiques ou autres qui peuvent survenir ; enfin avec diverses associations morbides : tuberculose, paludisme.

VIII. — Le pronostic le plus souvent bénin sera basé sur les mêmes éléments que dans la fièvre typhoïde normale.

Les indications thérapeutiques sont en général très restreintes.

Vu : *Le Président de thèse*,
DEBOVE

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Barbrau. — Des rechutes de la fièvre typhoïde. Gazette des hôpitaux 1856.

Bensaude et Rivet. — Le paratyphus. Gazette des hôpitaux 1904, nos 92 et 94.

Bourgarel. Des anomalies de la fièvre typhoïde et de l'influence de l'âge dans cette maladie. Thèse Paris, 1857.

Bovier et Martin. — La température dans la fièvre typhoïde. Gazette des hôpitaux1913, n° 22.

Brouardel et Thoinot. — Art. fièvre typhoïde, in nouveau traité de méd. et de thérapeutique, par Brouardel, Gilbert et Thoinot, fasc. III.

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance. Paris 1882. Tome II.

Chantemesse. — Art. fièvre typhoïde, in Traité de Médecine Charcot, Bouchard et Brissaud. Tome II.

Demié. — Contribution à l'étude des réitérations de la fièvre typhoïde. Thèse Paris 1887-88.

Devic. — Des rechutes de la fièvre typhoïde. Thèse Lyon 1886.

Debove et Achard. — Art. fièvre typhoïde, in Manuel de Médecine.

Delanoe. — Anaphylaxie typhique. Montpellier Médical 1909.

Escallier. — Rechute de fièvre typhoïde et Allergie typhique. Thèse Paris 1912.

Grenet. — La fièvre typhoïde chez l'enfant. Le Monde Médical. 1913, n° 498.

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses (1884). Traduction de Lemattre (1888).

Grisolle. — Pathol. Interne. Tome I.

Guyard. — Etude sur la fièvre typhoïde à rechutes. — Paris 1876.

Hutinel. — Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. Thèse agrég. Paris 1883.

— Art. fièvre typhoïde in. Les maladies des enfants.

Jaccoud. — Sur les rechutes de la fièvre typhoïde : Le-

— çons de clinique médicale. Paris, 1883-84. 1885-86.

— Récidives et rechutes de la fièvre typhoïde. Bull. Méd. de Paris, 1894, VIII.

— Les rechutes de la fièvre typhoïde. Rev. Gén. de Clin. et Thérap. Paris, 1896, X.

— Des rechutes de la fièvre typhoïde, Rev. prat. des travaux de Méd. Paris, 1897.

Licht. — Contribution à l'étude de la rechute de la fièvre typhoïde. Thèse Nancy 1886-87.

Lorain. — Bulletins et Mémoires. Soc. Méd. pop. Paris 1869 2e sem. T. VI et discussion.

Loué. — De la convalescence dans l'affection typhoïde au point de vue des complications et du pronostic. Thèse Paris 1859.

Maignot. — Contribution à l'étude des fièvres typhoïde et paratyphoïde chez le nourrisson. Thèse Paris 1913.

Meslay et Coville. — Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes en 1912, dans un service de l'hôpital St-Joseph. Gazette des hôpitaux 1913. N° 51.

Meunier. — Sur les rechutes de la fièvre typhoïde. Thèse Paris 1883.

Michel. — Essai sur les rechutes de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1864.

Moré. — Fièvre typhoïde à début brusque. Journal de Méd. et de Chir. pratiques. 10 avril 1913.

Murchinson. — La fièvre typhoïde. Trad. Lutaud. Paris 1878.

Narboni. — Considérations sur les *récidives* de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1894.

Netter. — Vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde. Bulletins et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris 1913. n° 26.

Paul (Constantin). — Mémoire lu à la Soc. Méd. des Hôpitaux le 24 déc. 1869.

Pilven. — Contrib. à l'étude clinique de la f. typhoïde à propos de diverses observations. Thèse Paris 1912.

Potain. — Leçon elinique in Journal de Méd. et Chir. pratiques, Janvier 1886.

Sicard. — Art. fièvre typhoïde in Pratique Médico-Chirurgicale.

Taupin. — Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde dans l'enfance. Journal des connaissances méd. chir. 1839. T. II.

Trousseau. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu. Paris 1861. T. I.

Weil (P. Emile). — Vaccinothérapie de la fièvre chez l'enfant. Monde Médical 1913, n° 503.

Ziwer. — Des rechutes dans la fièvre typhoïde chez les enfants. — Thèse Lyon 1892.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — *Rue Monsieur-le-Prince* — 26
PARIS (VI^e^)